

寄稿

老年薬学の沿革と日本老年薬学会への期待

日本老年薬学会 副代表理事
福島 紀子

1. はじめに

高齢者に注目した薬学の特徴やその変化の歴史と世界との比較など、薬学史や比較文化論の一分野として「老年薬学」を取り上げることも、今後の日本老年薬学会の興味深い展開として期待されるが、ここでは、日本において高齢者の人口増加が社会問題として注目され始めた1990年代初頭からの、社会構造の変化や高齢化そのものに対して、薬学視点での優先課題の抽出や解決方法の模索など、薬学教育の中で具体化してきた「老年薬学」のカリキュラムの構築に繋がる取組みについて、その目的や歴史的な経緯を明らかにする。

1つの例ではあるが、「老年薬学」のカリキュラム内容は、2006年度文部科学省の補助事業「現代的教育ニーズ取組支援プログラム（現代 Good Practice (GP)）」に採択された「超高齢社会に必要なとされる薬剤師の養成（2006～2008年）」の取組みにおいて構築され¹⁾、2006年から始まった薬学6年制教育の中にも段階的に組み入れられてきている²⁾。これらの取組みは日本老年薬学会の教育研修プログラムの構築にも影響を与えているが、1990年代以降からのこうした個々の「老年薬学」に関係する取組みが、どのような経緯で相互に影響を与えて今日に至っているかを述べてみたい。

2. 高齢者を巡る政策と高齢者領域の課題をテーマとした調査研究

厚労省は、1989年に高齢者保健福祉10カ年戦略、いわゆる「ゴールドプラン」を策定している。日本が他の国に比べ先行して急速に高齢社会に向かっていることが示され、高齢者の介護・福祉の対策を強化する戦略であった。その後も高齢化の状況に合わせ、1995年に「新ゴールドプラン」、2000年に「ゴールドプラン21」と改定されながら高齢社会に向け継続された。この戦略プランに基づいて、1990年には福祉関係八法改正が行われ、在宅サービスの位置づけや市町村における老人福祉計画の策定を義務付けている。一方で医療に関する法律も同時に改正が続いた。1991年には老人保健法が改正され老人訪問看護制度が創設され、1992年には医療法の改定の中で、医療を受けられる場所として、「医療を受ける者の居宅等」が示され、在宅医療が推進されることに

なった。1994年になると、日本は高齢化率が14%を超えて高齢社会に突入した。この年には薬剤師による在宅患者訪問薬剤管理指導料や寝たきり老人訪問薬剤管理指導料が新設され、薬剤師も在宅医療に加わることが保険制度の中でも認められた。1997年には介護保険法が制定され2000年より施行されることになり、医療・福祉・介護の連携が提言されるようになった。

これらの政策の流れを受けて、薬学教育においても高齢者領域の課題を見つけるための調査研究が行われているが、1991年の薬学生の卒業研究として、特別養護老人ホームにおける研修が取り上げられ、入所している高齢者のほぼ全員が薬を服用しているのに薬剤師がいないこと、高齢者が薬を服用しているとの視点で見ている専門家がいない等の問題点があげられている³⁾。1992年には、在宅医療が制度化され、翌年には在宅医療を実施している薬局の協力で、在宅医療に同行して、使用される医薬品の状況を確認し、現在問題になっているポリファーマシーを含む薬剤利用時の課題がまとめられている⁴⁾。

医療・福祉・介護の連携については、1997年にホームヘルパーの薬へのかかわり方や、薬剤師との連携の希望について調査が行われ⁵⁾、高齢者に対する服薬支援の認識の不十分な点や、服薬管理や服薬支援の重要性をホームヘルパーに示す必要が示唆されたが、当時は、ヘルパー側からの薬剤師との連携希望は少ないという結果が示されている。高齢者施設や在宅の現場におけるこれらの調査研究を通して、他職種からの薬剤師の認知が少ないことや、薬学の視点からは高齢者に特化した医薬品の特性や服薬支援の知識の重要性がクローズアップされ、現場の薬剤師の聞き取りなどでも、その必要性が指摘された。

当時から、医学部には老年医学、加齢医学、看護学部には老年看護学があり、医学生や看護学生は、科目として教育課程で学んでいるが、薬学部では「老年薬学」といった科目は見当たらず、高齢者に特化した「老年薬学」のカリキュラムの構築が進められることとなる。

3. 「老年薬学」カリキュラムの構築

2001年に、学生の時期から「患者との接点を体験し、必要な知識やわかりやすい説明の仕方、医療チームの専

専門家としての薬剤師の立場を理解する」ことを目的として、大学構内に附属薬局が開局している。2003年からは、その薬局をハブとして、保健薬学の体育教員らの協力を得た「住民の健康づくり教室」^{6,7)}や、学生食堂の管理栄養士の協力を得た「血糖値や血圧が高めな生活習慣病対策」としての食事会などが開催されている。

それぞれの取組みには学生の参加が促されるシステムが仕掛けられていて、大学ならではの地域住民の健康支援事業としても展開されているが、これらの活動は、超高齢社会の中で社会のニーズに対応した行動ができる薬剤師の養成を目指し、薬学教育のカリキュラムにフィードバックして組み込めるような教育システムを構築することも目標としている。2006年には、現代GPの取組みとして、運営を開始した介護老人保健施設との連携で、薬学生が老人保健施設で活動するためのプログラムが構築されている^{8,9)}。この特徴は、学生の成長にしたがって段階的に進めるもので、介護施設の朝食の時間に配膳下膳の手伝いをしながら入所者と親しくなることから始まり、低学年では、「人にやさしく尽くし、高齢者とのコミュニケーションのとれる人材の育成」、高学年では「高齢者の薬物動態特性、QOLの低下等の理解」ができるようになるというものである。入所者の具体的事例を通して、継続的介護体験から服用後の経過観察スキルを身に付けることができるとともに、こうした経験のフィードバックにより「老年薬学」カリキュラムに必要な内容がみえてくる。

3-1 「老年薬学」の構築までの取組み

「老年薬学」は現場からその必要性が求められた分野

であるため、現場と乖離することなく、常に実践的な内容でありたいという立場をとっている。

こうした視点で、薬学教育に新たな分野の内容を導入するカリキュラムを作成する際に、その内容を吟味する作業のプロセスについて、2006年から2008年までの取組みを、図1に示す。

「老年薬学」のカリキュラムの作成に際し、最も重視された点は、現場目線の活動や現場で働く薬剤師からの意見を反映させることにある。そのツールとして、老年薬学の内容を凝縮した「薬剤師として身につけておきたい～高齢者支援に必要な知識と技術～」と題した薬剤師向けの研修プログラムが用意されている¹⁰⁾。

このプログラムは、2年間に及ぶ現代GPの取組み成果をベースとして作られた案を、2008年2月の第1回老年薬学開設準備委員会において、現場で働く薬剤師や在宅医療を行っている医師などからなる外部委員を入れた9名の委員会での討議と検討を経て作成されている。さらに、この資料を使用して行われたプロトタイプの研究に参加した薬剤師より研修ごとにアンケートを使用した意見を集め、これらの資料を基に「老年薬学」カリキュラム（案）として修正され、2009年1月に第2回老年薬学開設準備委員会で点検後に、「老年薬学」カリキュラムとして完成されている。

3-2 「老年薬学」のカリキュラム内容

老年薬学のカリキュラムの一般目標は「高齢者医療において、薬剤が適切なもので、最も効果的で安全に正しく用いられるために、薬剤師として必要な高齢者に関わる医療及び福祉・介護分野における基本的知識と技能、

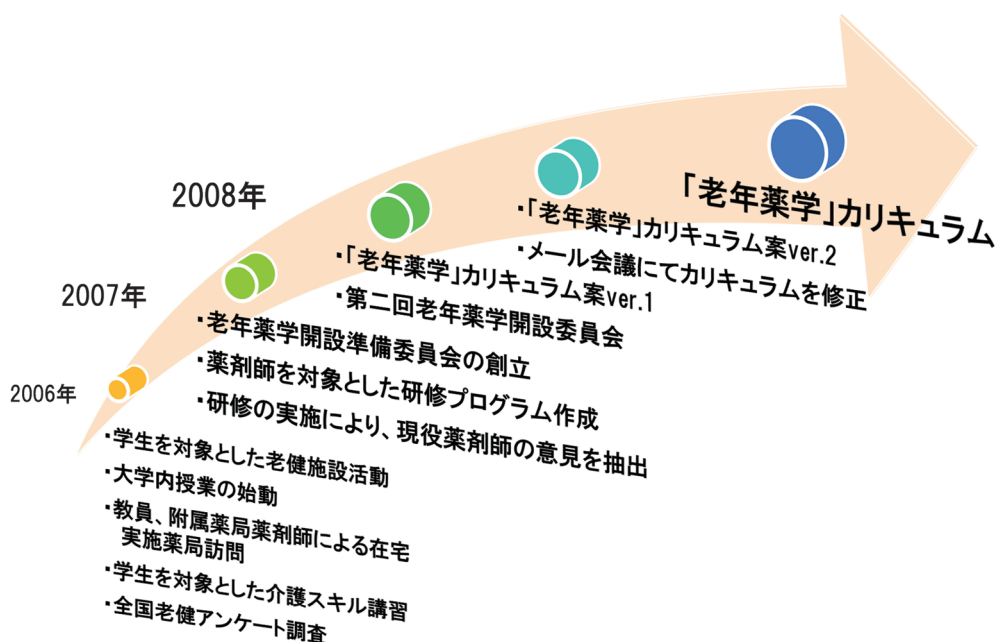


図1 「老年薬学」カリキュラム作成までの取組み

態度を修得する。」とされているが、この実現に向けて、(1) 高齢者を取り巻く社会、(2) 高齢者のヘルスマネジメント、(3) 高齢者への服薬支援と薬物治療、(4) 高齢者の薬物動態変化と薬物治療、(5) 高齢者特有の疾病構造と薬物治療、(6) 在宅における医療、(7) 高齢者ケアに関わる薬剤師の実際 の7つの項目から構成されている。

それぞれの項目にも一般目標が設けられ、さらに細分化された細目ごとに、それぞれの到達目標が明示されている。

例えば、7項目の1つである (3) 高齢者への服薬支援と薬物治療 の一般目標は、「薬剤師として高齢者の適正な服薬を支援するために、加齢に伴う身体・生理的变化、服薬管理上の留意点、服薬支援の方法についての基本的知識と、技能、態度を修得する。」とされていて、この (3) 高齢者への服薬支援と薬物治療 の例の場合は「生理・身体機能の変化」、「服薬管理」、「服薬支援」、「簡易懸濁法の実際」の4つの細目の修得対象が設けられている。

さらに、その4つの細目の修得対象の1つである「生理・身体機能の変化」についての例では、1) 加齢に伴う体内水分量・体脂肪の変化を説明できる。2) 加齢に伴う内臓機能の変化を概説できる。3) 加齢に伴う五感(視、聴、臭、触、味)と痛覚の変化を概説できる。4) 加齢に伴う骨格・筋肉の変化、Activity of daily living (ADL) の低下を概説できる。5) 加齢に伴う個人差を説明できる。という5つの到達目標が明示されている。

最終的に構築した「老年薬学」は、7つの一般目標と89の到達目標からなる、薬学にとってきわめて実践的な内容を持つものとなった。

3-3 薬剤師を対象とした研修会の実施

「老年薬学」は、新たに設けられた科目であり、現役の薬剤師が教育を受けていない内容も含んでいる。そのために、2008年に用意された現役薬剤師のための60時間の講義と実習を含めた老年薬学の研修プログラムを、忙しい現場を持つ薬剤師が受講しやすいように1年間をかけ実施をしている。受講した薬剤師から研修プログラムについて評価をうけ、意見やアドバイスから、研修内容の充実が繰り返されている¹⁰⁾。

この研修会の活動や薬剤師の在宅医療を拡大するための試みを含めた「地域で活躍する高齢者支援指導薬剤師の養成(2011～2013年)」が2011年度の文部科学省の補助事業に採択されたが、国も老年薬学を修了した薬剤師の活躍を期待していたものと思われる。薬剤師向けの研修会は2008～2013年の6年間継続されている。しかし、1年間に60時間の研修をこなして、修了した薬剤

師は、6年間で200名ほどであった。「老年薬学」を学んだ薬剤師を早急に増やさなくてはならないことはわかっていたとしても、実習を含めた研修は、実施するにも限界があった。そのため、薬剤師が使用できる教育用ツールとしてDigital Versatile Disk (DVD) 教材「初めての在宅」を作成した。大学で行う研修会に参加した薬剤師が地元に戻り指導者としてこのDVDを使い研修を実施する形をとり、参加者を増やしていく試みも行った¹¹⁾。本教材は、新人薬剤師や長期実務実習生等を対象とした勉強会などで現在も使用されている¹²⁾。

4. 日本老年薬学会への期待

日本老年薬学会は、2016年1月4日に設立された。同年3月に行った設立記念講演会や2017年5月の第1回学術大会は、この会に寄せる熱い期待を感じさせるものであった。日本においては、1990年代から高齢者の医薬品についての問題点が報告され¹³⁾、以降、現在に至るまで、薬学の関係団体において、高齢者に対する医薬品の適切使用に関する研究調査の発表やシンポジウムが開催されてきている。こうした中で2016年に「一般社団法人日本老年薬学会」が設立されたことは、高齢者の医薬品問題についていまだに解決されていない課題が多くあることを示しているものと思われる。薬学教育の中でも「老年薬学」が定着しているわけではなく、本学会が中心となり、その重要性を広く社会に示していく必要性が高いと考えている。

本学会は、認定薬剤師制度を構築しこの領域に詳しい薬剤師の育成を進めているが、その教育研修プログラムは、薬学教育で作成してきた「老年薬学」カリキュラムも参考にして、常に新しい内容を取り入れながら運用している。ようやく体系的に整理され、老年薬学認定薬剤師や指導薬剤師が育ってきているため、こうしたメンバーが、より効果的なツールなどの開発や改良を通じて、「老年薬学」に影響を与え、さらなる発展が期待される。

本学会では、薬学研究者、薬剤師、研究医、臨床医や、広く看護師、管理栄養士、介護福祉士、さらには、医薬品企業・卸等の老年薬学の取組みに関心を寄せる個人・団体の参加と協力を仰ぎながら、研究・実践を進めていくことが重要であるという立場をとっている。このため、本学会の運営には、薬学以外の多くの医療関係者が参加をするという開かれた学会としての特徴がある。高齢者医療に携わる医療チームや教育者、製薬企業などの各位が、各種の盛んな議論や「日本老年薬学会雑誌」への多くの投稿などを通じて、老年薬学会を1つのプラットフォームとして継続的に活用した「老年薬学」への、さらなる深い関与が期待される。

引用文献

- 1) Fukushima N, Activity report of Training of Community-Based Pharmacists Needed in Ultra Aged Society 2006-2008, Keio University Faculty of Pharmacy, 2009, p334-338.
- 2) Kishimoto K, Fukushima N, Kawamoto Y, Hayashi N, Sai Y, Kasahara T, Abstracts of papers, the 129th Annual Meeting of the Pharmaceutical Society of Japan, Kyoto, 2009, No.4, p330.
- 3) Nanda S, BAMBOO, 1992, 129, 23.
- 4) Fukushima N, Suzuki M, Matumoto K, Aihara K, Oshima Y, Ono Y, J Kyoritsu Univ Pharm, 1994, 39, 1-8.
- 5) Sakai N, Fukushima N, Matumoto K, Matuda S, JSPH, 2000, 47, 79-86.
- 6) Itagaki E, Imai Y, Sato N, Takakuda A, Ikeda Y, Fukushima N, J Kyoritsu Univ Pharm, 2006, 1, 69-75.
- 7) Itagaki E, Takakuda A, Sato N, Ikeda Y, Fukushima N, J Kyoritsu Univ Pharm, 2007, 2, 17-25.
- 8) Kishimoto K, Fukushima N, J Kyoritsu Univ Pharm, 3, 2007, 31-38.
- 9) Nagai N, Kishimoto K, Maruoka H, Fukushima N, J Kyoritsu Univ Pharm, 2008, 4, 17-23.
- 10) Fukushima N, Kishimoto K, Oki K, Mashino T, Abstracts of papers, the 43th Annual Meeting of Japan Pharmaceutical Association, Nagano, 2010, p440.
- 11) Kawai Y, Kishimoto K, Fukushima N, The 47 Annual Meeting of Japan Pharmaceutical Association, Yamagata, October 2014, p449.
- 12) Fukushima N, Kawai Y, Kishimoto K, Abstracts of papers, the 135th Annual Meeting of the Pharmaceutical Society of Japan, Kobe, 2015, No.4, p148.
- 13) Fukushima N, JJSHP, 2009, 45, 71-74.